Über eine Stationsepedemie von Säuglingspneumonien unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Ernährung und des Ernährungszustandes auf Morbidität und Mortalität.

Auszug
aus der
Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg
vorgelegt von

Martin Funke
aus Breckerfeld.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Angenommen: 7. 8. 1922.
Referent: Prof. Dr. Bessau.

Marburg 1922.
Buchdruckerei Hch. Kilber Nachf.

Im Januar und Februar 1921 häuften sich in Marburg die Kinderpneumonien. Auch auf der Säuglingsstation der Kinderabteilung erkrankten ziemlich plötzlich 6 von 15 Säuglingen an Pneumonien, die zweifellos infektiösen Charakters waren.

Zur gleichen Zeit wurden acht Kinder mit pneumonischen Erscheinungen eingeliefert, sodaß mit den 6 auf der Station erkrankten insgesamt 14 Fälle zur Beobachtung kamen.

Aus den Krankengeschichten ließ sich zunächst feststellen, daß die Lungenerkrankung bei den Kindern, die älter waren als 1 Jahr, ausnahmslos unter dem Bilde einer genuinen Pneumonie verlief, während die Mehrzahl der jüngeren — ausgenommen sind hier 4 Fälle — an typischen Bronchopneumonien erkrankten.

Was die Ausnahmen anbetrifft, so handelte es sich um atypische Pneumonieformen, die man nach ihren klinischen Symptomen, als Uebergangs- oder Grenzformen bezeichnen könnte, da bald die Anzeichen der lobären bald die der lobulären vorherrschten. Einerseits kamen Krankheitsbilder mit acut ansteigender und kritisch endender Temperaturkurve bei diffus verteilten pneumonischen Befunden vor, andererseits solche mit deutlich umschriebenen, perkutorisch und röntgenologisch ungefähr die Ausdehnung eines Lappens einnehmenden pneumonischen Befunden bei langsam ansteigenden und lytisch endenden Fieber.

Zur Identifizierung der Pneumonieformen wurden in der Hauptsache der klinische Verlauf der Erkrankungen gegebenenfalls auch die Sektionsbefunde herangezogen. Genauere anatomische Untersuchungen konnten nicht vorgenommen werden.

Nimmt man an, daß sämtliche Pneumonien durch den gleichen Erreger hervorgerufen wurden, was bei der epidemieartigen Häufung gerechtfertigt erscheint, so muß man folgern, daß dieser bei älteren Kindern eine genuine

Pneumonie hervorrief, während die jungen Säuglinge unter denselben Einflüssen nicht an der lobären Form erkrankten, sondern an einer Bronchopneumonie oder an verwandten Formen, die mehr oder minder die Charakteristika der lobären aufweisen können. Der Säugling scheint nicht im Stande zu sein, mit dem typischen Bilde der „genuinen Pneumonie" zu reagieren.

Besonders interessiert noch ein Fall, der einen jungen Säugling P. betrifft, welcher 4 Pneumonien durchmachte. Er erkrankte während der Stationsepidemie an einer Bronchopneumonie, im nächsten und übernächsten Monat je an einer von den oben schon genannten Grenzformen. Beide Erkrankungen traten auf, nachdem jedesmal kurz vorher ein Kind mit Bronchopneumonie eingeliefert worden war. Im Mai kam P. an einer nur einen Tag beobachteten, durch Sektionsbefund als konfluierende Bronchopneumonie erkannten Lungenerkrankung zum Exitus. Auch hier besteht über die Kontagiösität der Lungenaffektion — neben einer besonderen Disposition des Kindes P. — kein Zweifel. Der Sektionsbefund läßt daran denken, daß es sich bei den früheren atypischen Erkrankungen um ähnliche konfluierende Formen gehandelt hat.

Von 19 während der Stationsepidemie in der Klinik befindlichen Säuglingen blieben vier frei von Infektionen, neun erkrankten an Katarrhen der oberen Luftwege und 6 an Pneumonie. Es konnte festgestellt werden, daß die Ernährungs f o r m weder auf die Morbidität noch auf die Mortalität einen Einfluß hatte. Auch der Ernährungs z u s t a n d war auf die Morbidität ohne Belang. Dagegen hat derselbe in Bezug auf die Mortalität eine gewisse Rolle gespielt. Das Ueberstehen des Infektes hing insofern von dem Ernährungszustande der Kinder ab, als von den sechs an Pneumonie erkrankten Kindern vier zum Exitus kamen und zwar diejenigen, deren Untergewicht am größten war. Zweien fehlten etwa zwei Drittel des normalen Gewichts und den beiden anderen die Hälfte. Die übrigen, deren Gewicht nur um ¼ bezw. ein Drittel zu gering war, überstanden die Pneumonie. Es handelte sich bei diesen letzteren um ein fettarm und ein fettreich künstlich ernährtes Kind. Beide hatten nur 14 Tage bezw. 3 Wochen Brust bekommen und waren 5 bezw. 4½ Monate

alt. Die Kinder dagegen, bei denen die Pneumonie letal endete, waren — bis auf einen ganz jungen Säugling mit Pylorospasmus — monatelang mit Frauenmilch oder zur Hälfte mit Frauenmilch ernährt worden oder wurden es noch. Ihr Ernährungssustand jedoch war schlechter.

Demnach scheint — soweit sich aus der kleinen Anzahl von Fällen überhaupt Schlüsse ziehen lassen — der wesentlichste Faktor, um Säuglingen eine hohe Resistenz gegen acute katarrhalische Infekte zu verleihen, ein gutes Gedeihen zu sein, gleichgültig, ob das erreicht wird mit fettreicher oder fettarmer, natürlicher oder künstlicher Ernährung.